

## DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ENTRÉE EN IFSI LIBOURNE PROMOTION 2026-2029

Suite à votre admission dans notre IFSI, nous sommes ravis de vous accueillir pour vous accompagner durant ces trois années riches d'apprentissages.

**Votre inscription sera effective dès réception du dossier complet accompagné de l'ensemble des documents demandés.**

### Sélection pour les admis par voie Parcoursup :

- ✓ Si vous avez accepté et confirmé une proposition d'admission entre **le 02 Juin 2026 et le 11 Juillet 2026**, vous avez jusqu'au **17 Juillet 2026 12H00**, pour adresser le dossier administratif d'inscription à l'IFSI.
- ✓ Si vous avez accepté et confirmé une proposition d'admission entre **le 11 Juillet 2026 et le 16 Août 2026** vous avez jusqu'au **21 Août 2026, 12H00**, pour adresser le dossier administratif d'inscription à l'IFSI.
- ✓ Pour toute proposition d'admission acceptée à partir du **17 Août 2026**, l'inscription administrative se fait dans les **plus brefs délais après l'acceptation**.

**Pour les candidats admis par la voie de la Formation Professionnelle Continue** (FPC) l'inscription administrative se fait dans les plus brefs délais.

**Le dossier est à déposer ou à envoyer.**

**(Aucun document transmis par courrier électronique (e-mail) ne sera pris en compte)**

### VOIE POSTALE :

IFSI - CENTRE HOSPITALIER GARDEROSE - 70 Rue des Réaux - 33500 LIBOURNE

**LES DOCUMENTS DOIVENT ETRE DEPOSES AU SECRETARIAT DANS LES BANNETTES PREVUES A CET EFFET :**

- Lundi de 09H00 à 12H00
- Mardi et mercredi de 14H00 à 16H00

Pour toute demande de renseignements : 05 57 25 49 16

## PRÉ-RENTRÉE LUNDI 31 AOÛT 2026 A 09H00

Présence obligatoire

## RENTRÉE 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2026

**Merci de**

- ✓ **Préparer le dossier en respectant l'ordre des documents demandés**
- ✓ **Ne rien agraffer**
- ✓ **Ne pas faire de copie en recto-verso**

## INFORMATIONS GENERALES

### UNIVERSITÉ

Vous intégrez une formation pour laquelle vous devenez étudiant : une inscription administrative et les droits d'inscription sont gérés par l'université

<https://sante.u-bordeaux.fr/scolarite-demarches-administratives/inscriptions-reinscriptions>

Gestion des cursus universitaires : [ifsi@u-bordeaux.fr](mailto:ifsi@u-bordeaux.fr) (pour tout renseignement et contacts)

La CVEC (Contribution de Vie Étudiante et de Campus) est due à l'université : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>

**En l'absence d'inscription, vous ne pourrez pas vous présenter aux épreuves universitaires.**

### BOURSES

En tant qu'étudiant, vous souhaitez bénéficier d'un accompagnement financier.

Nous vous invitons à constituer votre demande en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine :

<https://jeunes.nouvelle-aquitaine.fr/formation/etudier/formations-sociales-paramedicales-et-sante-une-bourse-regionale>

La période de demande de bourses sera du **04 Juin 2026 au 26 Novembre 2026** (minuit)

**Pour une nouvelle inscription** : il faudra aller sur "**créer un nouveau dossier**", ce choix est accessible dès l'ouverture de la campagne.

**Pour un renouvellement** : il faudra se connecter à votre compte avec votre adresse mail + votre mot de passe

Pour tout renseignement et contact :

Plate-forme d'Accueil Téléphonique - [contact@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:contact@nouvelle-aquitaine.fr)

Du lundi au vendredi de 9h à 18h sans interruption

Tel : 05.49.38.49.38 pour les étudiants

### ATTESTATION MENSUELLE DE PRÉSENCE

**Est concerné** : Tout étudiant financé par un employeur ou OPCO (ANFH, Transition Pro, OPCO Santé), en contrat d'allocation étude, bénéficiaire de la Rémunération Région ou en contrat d'apprentissage.

#### Quelle est la démarche ?

Chaque étudiant concerné doit compléter, signer et remettre à son formateur référent pédagogique l'**attestation mensuelle de présence au plus tard le dernier jour travaillé du mois (délai de rigueur)**.

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### RESTAURATION

Vous avez la possibilité de vous restaurer sur le site de l'Institut de Garderose

- ✓ Au Self au tarif de 1 €
- ✓ A la cafétéria du site (tarifs consultables sur place)
- ✓ En salle de pause équipée au sein de l'institut
- ✓ Dans les points de vente de restauration rapide et supermarchés de proximité

### HÉBERGEMENT

Vous cherchez un hébergement à proximité de l'IFSI de Libourne, plusieurs dispositifs s'offrent à vous :

**Des logements proposés par des particuliers :**

<https://docs.google.com/document/d/1YoZIVrRnD3nnNCvfCITC8QLcUZVQ5Kjf/edit>

**Des logements inter générationnels « Vivre avec » :**

<https://www.bordeaux.fr/associations/vivre-avec-solidarites-intergenerationnelles>

**Des logements dédiés aux jeunes :** <https://www.residencehoteliere-leprado.fr/> du CH DE LIBOURNE et Habitat jeunes en pays libournais : <https://www.hajpl.net/>

**Des résidences étudiantes :** <https://www.yellome.fr/residence-etudiante-jeune-actif-gironde>

### TENUES PROFESSIONNELLES

**Les tenues professionnelles sont obligatoires pour la mise en stage.**

Le CH de Libourne mettra à disposition des tenues pour les stages qui se dérouleront au sein de l'établissement. Cependant, pour les stages hors établissement et les travaux pratiques, vous devez disposer de vos propres tenues. Il est conseillé d'en avoir au moins 2.

#### CRITERES DES TENUES OBLIGATOIRES :

**-Tunique blanche manches courtes et pantalon blanc**

**- Marquage nominatif précisant :**

NOM – PRENOM  
ETUDIANT EN SOINS INFIRMIERS

**AUCUNE LIVRAISON A L'INSTITUT DE FORMATION, livraison à l'adresse postale de l'étudiant **uniquement.****

Vous avez la possibilité de faire appel au fournisseur de votre choix, ci-dessous deux propositions prestataires:

**Société Bastie:** [www.bastie-pro.fr](http://www.bastie-pro.fr)

**Julie et Floriant:** [ecole@julie-et-floriant.com](mailto:ecole@julie-et-floriant.com) <https://www.label-blouse.net/monecole>

## FORMULAIRES

### DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION DES RÉSULTATS

Je, soussigné(e) **Nom** ..... **Prénom** : .....

**Promotion** : .....

Autorise, à titre gratuit l'IFSI de Libourne :

**Oui**  **Non**  à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFSI (réseaux sociaux, ou tout autre support valorisant les instituts de formation et les Hôpitaux du Nord Gironde)

**Oui**  **Non**  à publier mon nom sur les listes de parution des notes et les résultats officiels sur les sites du CH de Libourne et de l'Université de Bordeaux au cours de ma formation.

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite au Directeur de l'IFSI.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à ..... Le ..... Signature :

J'ai moins de 18 ans à l'entrée en formation

Fait à ..... Le ..... Signature du responsable légal :

### ATTESTATION ÉTUDIANT MINEUR

Je - Nous soussigné(e)(s), .....

Père - Mère - Parents (1) de .....

- Autorise ma fille - mon fils (1) à participer aux activités à l'extérieur de l'IFSI/IFAS/IFAP (1), organisées par les formateurs de 1<sup>o</sup> année. Les étudiants seront amenés à sortir de l'Institut.

- M'engage à signer les conventions de stage jusqu'à la majorité de mon enfant.

(1) rayer les mentions inutiles

Le ..... Signature

(1) rayer la mention inutile

## DIPLOME NON RECONNU SUR L'ESPACE EUROPÉEN

Documents à fournir dans le dossier administratif :

- Attestation de niveau de langue B2
- Copie des diplômes détenus non reconnus sur l'espace européen et traduction faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français et une attestation de comparabilité d'études (ancienne attestation de niveau) de ce diplôme, délivrée par le Centre ENIC-NARIC, attestant de l'équivalence au minimum niveau IV
- Copie de la carte d'identité en cours de validité ou la copie du titre de séjour en cours de validité

## DEMANDE DE DISPENSE D'UNITÉ D'ENSEIGNEMENT

**Selon votre parcours antérieur, vous pouvez demander une dispense d'unité(s) d'enseignement.**

**Merci de mettre sous enveloppe A4 les documents suivants accompagnés d'un courrier précisant vos noms, prénoms, et les UE concernées par la demande de dispense**

Conformément à l'art 7 de l'arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

**Cela concerne :**

- **Les PACES ayant validé leur année de formation,**
- **Les infirmiers étrangers,**
- **Les aides-soignants,**
- **Les auxiliaires puéricultrices,**
- **Les titulaires de certaines licences ou master (ex : licence d'anglais...)**

*(Sous réserve de modifications liées aux évolutions réglementaires relatives à la formation conduisant au Diplôme d'État Infirmier)*

### PIECES A FOURNIR :

Tous les justificatifs permettant d'apprécier votre demande :

- Une lettre de motivation et de demande de dispense d'unités d'enseignement (mentionner le nom des UE concernées),
- La copie d'une pièce d'identité,
- Un curriculum vitae (CV),
- La copie des diplômes, certificats ou autres titres obtenus,
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans,
- Une lettre de motivation précisant l'engagement dans le dispositif,
- Le cas échéant les attestations d'employeur,
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers,
- Tout autre document permettant de traiter la demande

## Fiche d'inscription rentrée 2026

Redoublant : OUI  NON

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Dépt de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail\* : .....

\* Adresse Gmail selon le modèle suivant : nom.prenom.2026@gmail.com

Possédez-vous le permis ? OUI  NON  EN COURS

Possédez-vous un véhicule ? OUI  NON  EN COURS

Pratiquez-vous une activité sportive ? OUI  NON  Si oui, laquelle ? .....

Etes-vous inscrit à la réserve sanitaire ? OUI  NON

Avez-vous un talent ? OUI  NON  Si oui, lequel ? .....

### Situation familiale

Vous êtes : Marié(e)/Pacsé(e)  Célibataire  En concubinage  Veuf/Veuve  Divorcé(e)

Nombre d'enfants : ..... Age des enfants : .....

### Personne à prévenir en cas d'urgence

*Pour les mineurs, merci de noter le nom du responsable légal*

Père  Mère  Conjoint  Autre  : à préciser .....

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### Demande d'aménagement d'études

Souhaitez-vous signaler une situation qui nécessiterait des adaptations pour le suivi de la formation ?

OUI  NON

*Si oui, nous vous invitons à prendre contact avec le référent handicap de l'IFSI :*

[referenthandicap@ifsi-libourne.fr](mailto:referenthandicap@ifsi-libourne.fr) – 05 57 25 49 16

**VOTRE SITUATION / TYPE DE FINANCEMENT (OBLIGATOIRE)**

**SITUATION PROFESSIONNELLE A L'ENTREE EN FORMATION**

Vous êtes :

- Apprenant en parcours de formation initiale
- Demandeur d'emploi ou en cours d'inscription
  - Démissionnaire
  - Indemnisé par France Travail (percevant l'allocation chômage)
  - Non indemnisé
  - En attente
- Salarié
  - En formation
  - En disponibilité depuis le : .....
  - En reconversion professionnelle
- Apprenti
- Autre (militaire, libéral...) .....

N° identifiant France Travail : (7 chiffres + 1 lettre) .....

Agence : ..... Ville : .....

**FINANCEMENT**

Autofinancement

Financement employeur :

Nom et coordonnées de l'employeur  
.....  
.....

Organisme financeur (transition pro, ANFH, CPF...) :

Nom / Adresse : .....

Contrat Allocations d'Etudes (Nom établissement) : .....

Contrat d'apprentissage (Nom employeur) : .....

Financement Région Nouvelle Aquitaine .....

Autre, précisez : Nom / Adresse : .....

**Date et signature :** ..... / ..... / .....

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DEPARTS EN STAGE**

(Document interne à l'IFSI, à remplir de façon précise et lisible qui peut être actualisé par l'étudiant autant que nécessaire)

**Année Scolaire : 2026/2027**

**Référent Pédagogique :** .....

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Age :** .....

**Adresse personnelle :** .....

**CP :** ..... **Ville :** .....

**Adresse étudiante pendant l'année scolaire :** .....

**CP :** ..... **Ville :** .....

**Numéro de téléphone :** ...../...../...../...../.....

**Lieux hébergement possible pendant les stages :** .....

Etes-vous aide-soignant(e) ? OUI  NON

Où avez-vous travaillé ? (Etablissements, services) : .....

Prise en charge de la formation : .....

Avez-vous un parent ou proche dans le milieu médical ? OUI  NON

Précisez le lieu d'exercice : .....

**Permis de conduire ?** OUI  NON  **en cours, précisez :**

**Possession d'un véhicule ?** OUI  NON

Citez uniquement **deux** choix où vous aimeriez aller en stage :

**1.** ..... **2.** .....

**DATE ET SIGNATURE :**

**Direction des Ressources Humaines  
Pôle administratif – Fondation Sabatié**

- IFSI
- 1° Année
- 2° Année
- 3° Année
- Réintégration

Code agent (c-page) :

24.....

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**Ce document est transmis à la DRH du CH de Libourne pour éditer la carte d'accès aux sites, au self et aux vestiaires et percevoir les indemnités de stage**

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Numéro S.S. : .....

Adresse : (durant les études) : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Adresse mail : .....@.....

Tel : .....

Signature,

**DOCUMENTS A FOURNIR**

- 1 RIB (à votre nom sur papier A4) LISIBLE
- 1 PHOTOCOPIE ATTESTATION COUVERTURE SOCIALE EN COURS DE VALIDITÉ

## COLLER CETTE PAGE SUR UNE ENVELOPPE A4 ET METTRE LES DOCUMENTS SOUS ENVELOPPE

En tant que futur professionnel de santé, il est impératif que vous soyez à jour de vos vaccinations dès l'entrée en formation.

### DOSSIER MEDICAL

NOM : .....

PRENOM : .....

Né(e) le : .... / ..... / .....

**ATTENTION** : « L'accès aux stages (prévu début octobre 2026) est strictement conditionné au respect des obligations vaccinales en vigueur. L'institut ne pourra être tenu responsable en cas d'impossibilité de départ en stage liée à l'absence ou à la non-conformité du statut vaccinal de l'étudiant.

#### NOTE EXPLICATIVE POUR CONSTITUTION DU DOSSIER MEDICAL

Conformément à l'article L.3111-4 du Code de la santé publique : « Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ».

#### 2 situations :

- Si vous avez déjà été vacciné dans l'enfance, fournir impérativement le résultat de la sérologie mentionnant le taux d'anticorps anti HBS. Ce taux doit être supérieur à 10 mUI/mL.
- Si vous n'avez jamais été vacciné, réaliser un schéma accéléré de 3 doses à J0-J7 et J21 et rappel à un an. Le stage n'est possible qu'après la troisième dose.

\* Dans le cadre de la formation infirmière et des stages en milieu de soins, certaines vaccinations non obligatoires sont néanmoins fortement recommandées afin de protéger les étudiants, les patients et les professionnels de santé.

DOSSIER MÉDICAL COMPOSÉ DES PIÈCES SUIVANTES	Colonne réservée à l'étudiant	Colonne réservée à l'IFSI
<b>Fiche médicale ARS « Etudiant en santé »</b> à imprimer, et à faire remplir par un médecin. <b>ANNEXE 1</b> + Document à présenter au médecin lors de la consultation, à télécharger sur <a href="https://www.ch-libourne.fr/formation/la-formation-dinfirmier/">https://www.ch-libourne.fr/formation/la-formation-dinfirmier/</a> - Mémo vaccination à destination des professionnels de santé Document à consulter par l'étudiant sur <a href="https://www.ch-libourne.fr/formation/la-formation-dinfirmier/">https://www.ch-libourne.fr/formation/la-formation-dinfirmier/</a> : - Mémo vaccination à destination des étudiants en santé		
La photocopie des pages de vaccination de votre carnet de santé (votre nom devra apparaître sur les pages du carnet de santé) et ou des justificatifs de vaccination		
Les résultats d'une sérologie récente de l'Hépatite B prouvant l'efficacité de la couverture vaccinale pour un professionnel de santé.		

**L'admission à l'IFSI ne sera définitive qu'après la remise de l'ensemble des documents listés ci-dessus.**

**COLLER CETTE PAGE SUR UNE ENVELOPPE A4**

NOM : ..... PRENOM : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... Dépt : .....

<b>DOSSIER ADMINISTRATIF</b>	Colonne réservée à l'étudiant	Colonne réservée à l'IFSI
<b>- TOUS LES DOCUMENTS DOIVENT ÊTRE UNIQUEMENT EN RECTO -</b>		
<b>DOCUMENTS A COMPLÉTER ET A FOURNIR</b>		
<b>Formulaire de droit à l'image et publication des résultats + Le cas échéant Attestation étudiant Mineur</b>		
<b>Fiche d'inscription rentrée 2026 à compléter.</b>		
<b>Fiche de situation/financement</b>		
<b>Fiche de renseignements</b> relatifs au projet de professionnel et la mise en stage		
<b>Formulaire relatif à l'enregistrement des étudiants/élèves dans le logiciel de paie du CH Libourne</b> accompagnée des documents énumérés (cette carte est délivrée gratuitement à tout nouvel inscrit, elle vous sera demandée pour : la prise des repas au restaurant du personnel et l'accès à différents services de l'établissement, en cas de perte elle vous sera facturée 18.00 euros.		
<b>Page 5 - Si concerné, formulaire : A mettre dans une enveloppe à part</b>		
<b>Diplôme non reconnu sur l'espace européen – Demande de dispense d'unité d'enseignement</b>		
<b>PIECES A FOURNIR</b>		
<b>1 photo d'identité récente</b> (mettre nom, prénom et 1A 2026 au dos de la photo).		
<b>1 photocopie de votre pièce d'identité LISIBLE recto/verso sur la même page</b> (carte nationale d'identité, ou passeport) <b>en cours de validité, OU titre de séjour avec mention « étudiant » ou « autorisé à travailler » valide pour toute la période de la formation et jusqu'au jury plénier.</b>		
<b>Photocopie du diplôme du baccalauréat et photocopie du relevé de notes du baccalauréat</b> (le relevé de notes est demandé afin de nous permettre de communiquer votre numéro INE à l'université en début d'année) : si titulaire du bac.		
<b>Copie du relevé de notes</b> pour les bacheliers session 2026 ( <b>copie du bac à transmettre dès réception au secrétariat</b> ).		
<b>Attestation d'admission</b> à télécharger sur le site Parcoursup (si admission Parcoursup).		
<b>1 attestation de droit à l'assurance maladie en cours de validité</b> , mentionnant votre numéro d'assuré(e), (ne joignez pas votre carte vitale, ni votre carte de mutuelle). Vous pouvez éditer cette attestation en vous connectant à « ameli.fr ».		
<b>1 attestation de Responsabilité Civile Vie Privée</b> à votre nom ou notifiée (sur laquelle vous apparaissez, couvrant les risques scolaires et extra-scolaires, Responsabilité Civile Vie Privée valable pour l'année scolaire <b>2026-2027</b> (à réclamer à votre assureur).		
<b>1 attestation de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)</b> , concernant les stages hospitaliers et extrahospitaliers pour l'année scolaire <b>2026-2027</b> (les compagnies suivantes fournissent ce document en ligne à titre gracieux : MNH, MACSF, MGEN.)		
<b>1 photocopie de la carte de grise du véhicule</b> de votre véhicule OU du véhicule emprunté.		
<b>1 photocopie de votre attestation de compagnie d'assurance</b> du véhicule sur laquelle vous apparaissez en tant que conducteur du dit véhicule.		
<b>1 photocopie de votre Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.) SUR PAPIER A4 LISIBLE A VOTRE NOM.</b>		
<b>Attestation d'inscription à la CVEC</b> pour les étudiants issus de Parcoursup et ceux issus de la sélection FPC inscrits à France Travail: <b>ne sont pas concernés</b> : les étudiants dont la formation est financée par un OPCO ou employeur, (France TRAVAIL n'est pas considéré comme un employeur).		
<b>Attestation d'inscription de demandeur d'emploi</b> (si inscrit à France Travail).		

Annexe 1



**ETUDIANT EN SANTE**  
Fiche médicale à valider par un médecin

<p>Filière universitaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine</p> <p><input type="checkbox"/> Odontologie</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacie</p> <p><input type="checkbox"/> Sage-femme</p> <p>ou</p> <p>Institut de formation :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>NOM : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Tél. : .....</p> <p>Département de naissance : .....</p> <p>Code postal résidence : .....</p>	<p>NOM de naissance : .....</p> <p>Date de naissance : .... / .... / ....</p> <p>Email : .....</p> <p>Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....</p> <p>.....</p>
---	---	---

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription, selon les modalités décrites par l'établissement.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTP*ca**)	
Faire un rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années. Puis rappels dTPca à âge fixe (25, 45 et 65 ans).	
<p><b>Dernier rappel dTP</b></p> <p>Date : .... / .... / ....</p> <p>Nom : .....</p>	<p><b>Dernier rappel dTPca</b></p> <p>Date : .... / .... / ....</p> <p>Nom : .....</p>

Hépatite B*
<p>Conditions d'immunisation valides :</p> <p>Ac anti-HBs &gt; 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)</p> <p>Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet</p> <p>Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »</p> <p>Schémas complets valides :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)</li> <li>- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an</li> <li>- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg</li> </ul>



**Joindre résultats de sérologie sous pli confidentiel et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :**

- Première dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

- Deuxième dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

- Troisième dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

**- Injections supplémentaires :**

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

### Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)\*\*

**Personnes nées depuis 1980 :** 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1<sup>ère</sup> dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois). Pas de contrôle sérologique préalable à effectuer.  
**Personnes nées avant 1980 :** 1 dose si aucun antécédent rougeole ou si doute (sans contrôle sérologique préalable).

**Personnes nées depuis 1980**

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

**Personnes nées avant 1980**

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : .... / .... / ..... Nom : .....

### Varicelle\*\*

**Vaccination avec 2 doses si aucun antécédent varicelle (ou si doute) et sérologie négative.**

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : *Joindre le résultat sous pli confidentiel*

Sérologie négative : Précisez les dates des vaccinations :

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

**Les vaccinations grippe\*\* et Covid\*\* seront à réaliser chaque année**



## ETUDIANT EN SANTE

### Fiche médicale à valider par un médecin

#### Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY\*\*\* et B\*\*\*

**IIM ACWY : 1 dose entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus.**

**IIM B : 2 doses entre 15 et 24 ans**

Date vaccination Men ACWY : ... / ... / ..... Nom : .....

Première dose Men B : ... / ... / ..... Nom : .....

Deuxième dose Men B : ... / ... / ..... Nom : .....

#### Infections à papillomavirus (HPV)\*\*\*

**HPV : 2 doses entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 26 ans inclus (3 doses si 1<sup>ère</sup> dose initiée à partir de 15 ans)**

Première dose HPV : ... / ... / ..... Nom : .....

Deuxième dose HPV : ... / ... / ..... Nom : .....

Troisième dose HPV : ... / ... / ..... Nom : .....

#### Tuberculose

**Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019**

**IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.**

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'infection tuberculeuse latente (ITL), particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination : .....

Date dernière IDR et résultat (en mm) : .....

Date IGRA de référence et résultat : .....

\* Vaccination obligatoire pour devenir professionnel de santé \*\*Vaccination recommandée chez les professionnels de santé

\*\*\* Vaccination recommandée en population générale dans cette tranche d'âge

Je, soussigné(e) Dr ..... certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : .../.../.....

Signature et cachet du praticien :